RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA STENOSE ULCEREUSE PYLORO-DUODENALE: A propos de 160 cas.
The surgical treatment results of ulcerous pyloro-duodenal stenosis: About 160 cases.

Ibrahima Konaté, Mohamed L Diao,Mamadou Cissé, Madieng Dieng, Ousmane Ka, Cheikh Tidiane Touré
Service de chirurgie Générale hôpital Aristide Avenue Pasteur Dakar ; BP 45296 Dakar Fann Sénégal.
Correspondance : Ibrahima Konaté Email: ikonate203@yahoo.fr, Téléphone : +221 33 8223721
Fax : +221 33 8223721 ; Cellulaire. +221 77 544 70 16

RÉSUMÉ
Objectif : Evaluer les résultats du traitement chirurgical de la sténose pyloro-duodénale ulcéreuse chez l'adulte à Dakar.
Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 160 dossiers de sténose pyloro-duodénale d'origine ulcéreuse colligés entre janvier 2000 et décembre 2006 au service de chirurgie générale de l'hôpital Aristide Le Dantec. L'abord chirurgical a été une laparotomie ou une coelioscopie. Tous les patients ont bénéficié d'une vagotomie tronculaire associée à un geste de vidange gastrique qui pouvait être une gastro-entéro-anastomose ou une pyloroplastie ou une antrectomie.
Après un recul moyen de 16 mois, les résultats du traitement chirurgical étaient évalués par la mortalité et la morbidité. Les résultats fonctionnels ont été appréciés selon la classification de Visick.
Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 42 ans 6 mois avec des extrêmes de 17 et 77 ans. Il y avait dans la série 78,7 % d'hommes (n=126) et 21, 3 % de femmes (n=34).. L'abord chirurgical était la cœlioscopie pour 132 cas (82 %) et la laparotomie pour 28 patients (18 %). Une vagotomie tronculaire était faite chez tous les patients. Le geste de vidange était une gastro-entéro-anastomose dans 89,4 % des cas, une pyloroplastie dans 10 % des cas et une antrectomie dans 0,6 % des cas. La mortalité était nulle. La morbidité a concernée 10 % des patients. Elle était à type de suppuration pariétale, de diarrhée, de hoquets. Ainsi 91 % des patients ont été classés Visick I, 6,3 % Visick II, et 2,7 % Visick III.
Conclusion : La sténose pyloro-duodénale est une complication fréquente de l'ulcère gastro-duodénal. La vagotomie tronculaire associée à un geste de vidange semble donner de bons résultats dans notre contexte.
Mots clés : ulcère – sténose pyloro-duodénale – vagotomie tronculaire

ABSTRACT
Objective: To evaluate the outcomes of the surgical treatment of ulcerous pyloro duodenal stenosis at Dakar.
Patients and Methods: We carried out a retrospective study including 160 medical records of patients presenting an ulcerous pyloroduodenal stenosis from January 2000 to December 2006. After a mean follow up of 16 months, surgical outcomes were evaluated including mortality and morbidity. The functional results were evaluated using Visick Classification.
Results: The mean age of our patients was 42 years and 6 months (range: 17-20 years). Our population included 126 men (78,7%) and 34 women (21,3%). Oeso-gastro-duodenal fibroscopy was performed in 136 patients (85%) whereas barium meal was carried out in 82 patients (51,25%). Surgical approach was laparoscopy in 132 cases (82%) and laparotomy in 28 cases (18%). All patients underwent a troncular vagotomy. In addition a gastroentero anastomosis was performed in 89,2% of cases, a pyloroplasty in 10% of cases and an antrectomy in 0,6% of cases.Mortality rate was 0%. The morbidity rate was 10% including parietal suppuration, diarrhoea and hiccups. Functional outcomes were as follows: Visick I in 91% of cases, Visick II in 6,3% of cases and Visick III in 2,7%.
Conclusion: Ulcerous pyloro duodenal stenosis is a frequent complication of ulcer disease. Its treatment is surgical based on a vagotomy with gastric discharge. The outcomes are satisfactory in our context.
Key words: ulcer- pyloroduodenal stenosis- troncular vagotomy

INTRODUCTION
La sténose ulcéreuse pyloro-duodénale est une diminution permanente du calibre de la lumière pylorique ou duodénale entraînant une gêne à l'évacuation gastrique. C'est une complication de la maladie ulcéreuse. Elle demeure la plus fréquente des complications de l'ulcère gastro-duodénal dans les pays du tiers monde (1, 2). Son diagnostic est établi grâce à la fibroscopie (FOGD) et au transit

oeso-gastro-duodénal (TOGD). Elle ne pose de problème que devant la présence de lésions gastriques faisant évoquer un cancer.
À l'heure actuelle, le traitement chirurgical est efficace (3). Il est basé sur la vagotomie associée à une opération de vidange gastrique. Il n'existe pas encore de consensus quant à la technique opératoire à adopter, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients.
Le but de notre travail était d'évaluer les résultats du traitement chirurgical de la sténose pyloro-duodénale ulcéreuse chez l'adulte à Dakar.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective à propos de 160 cas de sténose ulcéreuse pyloro-duodénale pris en charge de janvier 2000 à décembre 2006. Etaient inclus tous les patients dont le diagnostic de sténose pyloro-duodénale d'origine ulcéreuse était établi, grâce à la FOGD et/ou au TOGD par la présence d'un rétrécissement ou occlusion complète de la lumière pyloro-duodénale. Les autres causes de sténose ont été exclues (cancers, sténoses caustiques). L'abord chirurgical était une laparotomie ou une coelioscopie. Tous les patients ont bénéficié d'une vagotomie tronculaire associée à un geste de vidange gastrique qui pouvait être un gatro-entéro-anastomose, une pyloroplastie ou une antrectomie..
Après la vagotomie tronculaire sous cœlioscopie, l'opération de vidange gastrique était réalisée en extra-corporelle, grâce à une mini-laparotomie de 4 cm, prolongeant l'orifice du trocart situé entre l'ombilic et le processus xyphoïde (figure 1).
Après un recul moyen de 16 mois (extrêmes : 1 et 30 mois), nous avons analysé la mortalité et la morbidité. Les résultats fonctionnels du traitement chirurgical ont été appréciés selon la classification de Visick en quatre stades:

- Stade I : résultat parfait ; il n'y a aucune plainte
- Stade II : bons résultats mais troubles nécessitant de temps en temps un régime ou une prise médicamenteuse (vomissements, dyspepsies, nausées, reflux)
- Stade III : les patients prennent des médicaments en permanence pour calmer les symptômes fonctionnels.
- Stade IV : récidives ou nécessité d'un traitement chirurgical pour les symptômes fonctionnels.

La récidive était évaluée par la fibroscopie ou par le TOGD.

RESULTATS

L'âge moyen de nos patients était de 42 ans 6 mois avec des extrêmes de 17 et 77 ans. Il y avait dans la série 78,7 % d'hommes (n=126) et 21,3 % de femmes (n=34).
La FOGD a été réalisée chez 85 % des patients (n=136), alors que le TOGD a été effectué chez 51,2 % (n=82). Tous les patients de la série avaient bénéficié d'un traitement chirurgical. La voie d'abord chirurgicale était la cœlioscopie dans 82 % des cas (n=132) et la laparotomie chez 18 % des patients (n=28). La vagotomie tronculaire était effectuée chez tous les malades. Elle était associée à une gastro-entéro-anastomose dans 89,4 % des cas (n=143), à une pyloroplastie dans 10 % (n=16) et à une antrectomie dans 0,6 %. (n=1).
La mortalité était nulle dans notre série. La morbidité concernait 10 % de nos patients (n=16). On avait noté :
* une suppuration pariétale(2cas soit 1,2 %),
* une diarrhée (10 cas soit 6,2 %),
* un hoquet (3 cas soit 1,9 %),
*une rétention aiguë d'urine(1cas soit0,6 %).
Sur le plan des résultats fonctionnels, les malades étaient classés : Visick I 91 %, Visick II 6,3 %, Visick III 2,7 %. Aucune récidive n'a été notée chez nos patients.

DISCUSSION

La sténose ulcéreuse est encore fréquente dans les pays en voie de développement. En effet elle représente 50 à 80 % de toutes les complications de la maladie ulcéreuse [1- 5]. Cette fréquence de survenue peut trouver son explication dans le retard diagnostic et la mauvaise observance du traitement médical. Le coût de ces médicaments est très au-dessus du pouvoir d'achat des populations. Il ne faut pas oublier non plus l'insuffisance de spécialistes et d'infrastructures.
Dans notre étude, 132 patients ont pu bénéficier d'une intervention chirurgicale sous cœlioscopie, soit 82 % des cas.
La vagotomie est toujours réalisée. Elle peut être tronculaire, sélective ou hypersélective [6]. Elle est associée à une pyloroplastie ou une GEA. L'antrectomie quant à elle se fait de façon exceptionnelle surtout en cas d'ulcère antrale sténosant. Dans notre étude un seul malade est concerné.
La vagotomie tronculaire reste pour beaucoup d'auteurs la méthode de choix, même si elle est la plus ancienne. Dans la série de Meyer et al [7], cette technique a été utilisée chez 41 patients soit 60,3 % des cas . Fadil et al [8] ont réalisé une vagotomie tronculaire dans 98,2 % des cas dans leur série. De même, 81,1 % des patients de la

série de Yenon et al [9] ont bénéficié de la vagotomie tronculaire. Elle est facilement réalisée sous cœlioscopie pour 132 de nos patients, soit 82 % des cas.

. La mortalité de la vagotomie tronculaire est proche des autres types d'interventions. Elle varie de 0 à 1 %(6). Elle est nulle dans notre série. Dans leur étude, Meyer et al [7] signale un décès, par un infarctus du myocarde. Dans la série de Yenon et al [9], un patient est décédé dans les suites précoces d'une réintervention pour une occlusion par brides post-opératoires.

Les gestes de vidanges associées à la vagotomie donnent des résultats généralement satisfaisants avec une mortalité de l'ordre de 0 à 3 % [10]. Leur indication se justifie par la présence de remaniements inflammatoires et cicatriciels loco-régionaux trop importants. Tous les patients qui ont présenté un ulcère sténosant dans les séries de Fall et al [4] et de Helali et al [5] ont bénéficié de la GEA, avec des taux de mortalité respectifs de 0 et 0,48 %. . Dans notre étude, ce type de drainage a été le plus fréquent (89,4 % des cas).

Les séquelles fonctionnelles à moyen terme, appréciées par la classification de Visick, ont une fréquence de survenue de 20 % à 30 %, selon la modalité thérapeutique [6]. Notre étude retrouve 91 % de patients classés Visick I. Ceci donne globalement de bon résultats pour notre série

Dans le tableau I, nous comparons nos résultats à ceux de 3 autres séries, celles de Fall et al [4], de Meyer et al [7] et de Yenon et al [9].

Tableau I: Comparaison des résultats du traitement chirurgical

Séries		Recul	Mortalité	Visick I	Visick II	Visick III	Visick IV
Fall et al (4)	53	3 mois-17 mois	0	96,2	0	0	3,8
Meyer et al (7)	68	1 mois-18ans	3	71	0	0	9
Yenon et al (9)	38	6 mois-24mois	4,5	85,7	0	14,3	0
Notre série	160	1 mois-30mois	0	91	6.3	2.7	0

Les résultats fonctionnels selon ce tableau nous montrent que les différents procédés du traitement chirurgical de la sténose ulcéreuse sont satisfaisants avec plus de 70 % des patients qui sont classés Visick I pour toutes les séries.

CONCLUSION

La vagotomie tronculaire associée à geste de vidange semble donner de bons résultats fonctionnels dans le traitement chirurgical de la sténose pyloroduodénale d'origine ulcéreuse. La mortalité est nulle et la morbidité est faible.

REFERENCES

1. Bazira L., Ndabeneze E., Nibitanga S., Rukeratabaro A., Coste T. Evaluation du traitement chirurgical de l'ulcère duodénal. A propos de 616 patients opérés à Bujumbura. Méd Trop 1990 ; 50 (2) : 191-194

2. Takongmo S., Juimo A.G., Nko'o amvene S., Kenla A., Masso-misse P., Ndjitoyap ndame. C., Edzqat T. Maladie ulcéreuse gastro-duodénale: accès aux moyens de diagnostic et de traitement en milieu tropical. Méd. Afr. Noire 1995; 42(7): 384 – 388

3. Mutter D., Marescaux J.Traitement chirurgical des complications des ulcères gastro-duodénaux. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-326, 2002, 6p

4. Fall B., Mbengue M., Diouf M.L., Ndiaye A., Diarra O., Ba M. L'ulcère duodénal: vagotomie tronculaire sous coelioscopie. A propos de 53 cas. Dakar Med. 2001 ; 46(2):141-143.
5. Helali K., Amouri A., Boudokhane M., Haddad B., Hajer ben amor A., Morjane A., Fodha M.
La gastro-entéro-anastomose dans la pathologie ulcéreuse gastro-duodénale : A propos de 206 cas. Tunis Chir ; 2005 ; 1. 24 – 29.
6. Fourtanier G. Traitement chirurgical des ulcères du duodénum et de l'estomac, simples ou compliqués. Editions techniques – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris). Estomac-Intestin, 9024 A10, 5-1990, 10p.
7. Meyer C., Bachelier-billot C., Rohr S., De manzini N., Leclercq A. Le traitement chirurgical de la sténose pylorique d'origine ulcéreuse. A propos de 68 cas. J Chir 1991 ; 128 : 112-115.
8. Fadil A., Moumen M., Bellakhdar A., El fares F. Sténose pyloro-duodénale d'origine ulcéreuse. A propos de 260 cas. J Chir 1992 ; 129: 27-30
9. Yenon K., Koffi E., Kouassi E. La sténose ulcéreuse pyloro-duodénale: aspects diagnostiques et thérapeutiques à propos de 38 cas. Méd Afr Noire 1999 ; 46: 119-122
10. Picaud R., Caamano A. Aspects chirurgicaux des sténoses duodénales ulcéreuses. In : J. Mouiel , eds. Actualités Digestives Médico-Chirurgicales. Masson, Paris, 1986: pp21-27

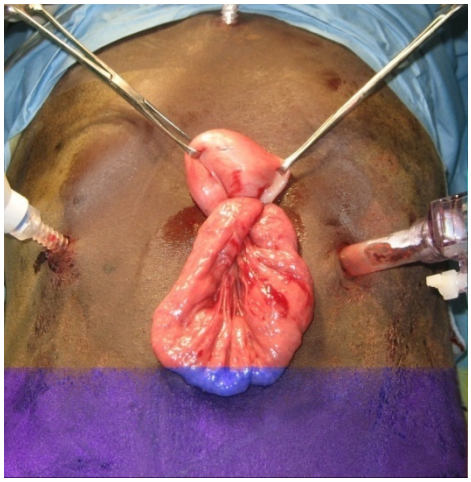

Figure 1 : Extraction de l'estomac et du jéjunum par une minilaparotomie